

Artículo de revisión

Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión

Oral health management in people with disabilities

María Cristina Giraldo-Zuluaga¹ ✉ [CvLAC](mailto:cvlac@ces.edu.co), Cecilia María Martínez-Delgado² ✉ [CvLAC](mailto:cvlac@ces.edu.co), Natalia Cardona-Gómez³ ✉, José Luis Gutiérrez-Pineda³ ✉, Karen Andrea Giraldo-Moncada³ ✉, Paula Marcela Jiménez-Ruiz³ ✉

1. Odontóloga, Especialista en Promoción y Comunicación en Salud. Magíster en TIC Salud. Docente área comunitaria Facultad Odontología, Universidad CES.

2. Odontóloga Especialista en Epidemiología. Magíster en Dirección Universitaria. Docente Facultad Odontología Universidad CES.

3. Odontólogos Universidad CES.

Fecha correspondencia:

Recibido: enero de 2016.

Aceptado: noviembre de 2017.

Forma de citar:

Giraldo-Zuluaga MC, Martínez-Delgado CM, Cardona-Gómez N, Gutiérrez-Pineda JL, Giraldo-Moncada KA, Jiménez-Ruiz PM. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. Rev. CES Odont 2017; 30(2): 23-36.

Open access

© Derecho de autor

Licencia creative commons

Ética de publicaciones

Revisión por pares

Gestión por Open Journal System

DOI: [http://dx.doi.org/10.21615/](http://dx.doi.org/10.21615/cesodon.30.2.3)

cesodon.30.2.3

ISSN 0120-971X

e-ISSN 2215-9185

Resumen

En el mundo existen más de 1000 millones de personas con alguna discapacidad y aunque estas condiciones no son sinónimos de alteraciones bucales severas, si se ha logrado detectar en los pacientes que las padecen, señales de mala higiene bucal y enfermedades bucales producto de la poca o nula atención odontológica, relacionadas en gran medida al temor que los profesionales del área enfrentan al momento de la atención. La comunicación con pacientes en condición de discapacidad como autismo, síndrome de Down, parálisis cerebral, deficiencia auditiva, presenta un componente adicional de dificultad, por lo cual es necesario apoyarse en un sistema de estrategias comunicativas, protocolos de atención y otros medios que pueden variar entre las distintas discapacidades. Estos permiten que personas con dificultades de comunicación puedan relacionarse e interactuar con su entorno. La capacitación para el odontólogo en este campo no es fácil, dado que no se cuenta con suficientes programas que cubran de manera completa la formación del profesional en este ámbito. El propósito de este artículo fue realizar una revisión de tema sobre algunos tipos de discapacidades, las manifestaciones bucales más comunes, el manejo odontológico y estrategias de comunicación alternativa apropiada, para brindar una atención de calidad.

Palabras clave: Discapacidad, manejo de la conducta en odontología, enfermedades bucales, tratamiento, comunicación aumentativa y alternativa.

Abstract

In the world there are more than one billion people with disabilities and although these terms are not synonymous with severe oral changes, it has been detected that people with disabilities have more risk to suffer oral pathologies due to poor dental service related to the reluctance dentist have to take care of these patients. Communication with patients with conditions such as autism, Down syndrome, cerebral palsy, hearing impairment; presents an additional component of difficulty, so it is necessary to rely on a system of communicative strategies, care protocols and means of support that may vary among different disabilities. These enable people with communi-

cation difficulties to interact with their environment. Training for dentists on this field is not easy, since there are not sufficient programs covering completely professional training in dentistry in this area.

The purpose of this article was to review some types of disabilities, their most common oral manifestations, dental management and appropriate alternative communication strategies to provide good dental services.

Keywords: Disability, behavior management, oral diseases, treatment, augmentative and alternative communication.

Introducción

La OMS (2011) define discapacidad como “un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive”. El informe mundial de discapacidad (2013), estimó que más de 1000 millones de personas conviven con alguna discapacidad, lo cual representa el 15% de la población. Se estima que 190 millones de personas tienen dificultad para vivir normalmente y la tendencia va en aumento conforme se avanza en edad y aumentan las enfermedades crónicas (1).

Las alteraciones de orden genético, congénito, infeccioso, traumático o de otro origen, pueden generar distintos daños en el periodo de formación y/o desarrollo (2), derivando en cambios que los discapacitan parcial o totalmente y en forma definitiva o transitoria para realizar las actividades que la vida diaria obliga.

En América Latina la situación se refleja de forma similar al resto del mundo, se estima que 85 millones de personas tienen discapacidad y tienden a incrementarse las enfermedades no transmisibles y por causas externas, además del envejecimiento de la población que se viene dando por el aumento en la esperanza de vida en la región gracias a los avances científicos y tecnológicos (3).

Por su parte, el manejo odontológico para este grupo de personas con condiciones especiales, evidencia la presencia de barreras al momento de la atención y la falta de experiencia de los profesionales en el manejo de este tipo de pacientes y una orientación adecuada a sus cuidadores.

Algunos odontólogos consideran no sentirse preparados para atender una persona con discapacidad, principalmente las que tienen que ver con la salud mental, enfrentándose con frecuencia a temores y dudas sobre el manejo que debe asumir ante una persona con esta condición, por cuanto los vínculos de comunicación tienen un componente adicional de dificultad; sin embargo, el profesional está en la obligación de proporcionar una odontología que ofrezca mentes y sonrisas sanas (4).

Asumir la dificultad que genera la llegada de un paciente con discapacidad en la rutina de un consultorio, la necesidad de condiciones arquitectónicas, el tener equipos especiales, la inadecuada compensación del tiempo invertido en cada paciente y los honorarios generados, no son una tarea fácil; requiere preparación para prestar un servicio digno (5).

En respuesta a esta situación han surgido iniciativas, como la creación de la Asociación Latinoamericana de Odontología para Personas con Discapacidad-Necesidades Especiales (ALODES) (6), que fomenta la atención igualitaria para este tipo de pacientes y el

enfoque en salud bucal como parte de la salud integral del paciente. Con el avance de las TIC en salud es necesario repensar la práctica odontológica centrada en el paciente en situación de discapacidad, generando estrategias de comunicación, así como dispositivos que mejoren la higiene bucal con el apoyo de los cuidadores, facilitando esta actividad que es la base del bienestar.

Esta revisión tiene como propósito motivar al profesional de la salud bucal a incorporarse al ámbito de la atención integral en salud, involucrándose en los equipos multidisciplinarios para brindar una atención de calidad a los pacientes en condición de discapacidad quienes tienen menores posibilidades de acceso a los servicios de salud bucal que la población general y facilitarle el camino a los cuidadores.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda de la literatura se realizó teniendo en cuenta diferentes criterios de selección que incluyeron fuentes originales en los idiomas: Inglés, portugués y español de revistas indexadas consultadas en bases de datos. Se incluyeron revisiones de tema, revisiones sistemáticas, meta-análisis, estudios observacionales y guías de atención. Además, libros, documentos de páginas web, resoluciones gubernamentales y encuestas nacionales, publicados entre 1996 y 2016. Los sujetos considerados fueron seres humanos (niños, adolescentes) y las palabras clave incluidas fueron: Pacientes con discapacidad, manejo de la conducta, discapacidad, odontólogo, enfermedades bucales, tratamiento, limitaciones, formación, atención, comunicación aumentativa y alternativa, políticas de salud para discapacidad, utilizando para ello los indicadores booleanos AND, OR o NOT.

La [tabla 1](#) ilustra el número de artículos incluidos finalmente en esta revisión; la búsqueda inicial en bases de datos indexadas y por búsqueda manual produjo 275 artículos. Los criterios de exclusión fueron: artículos repetidos, artículos que no se encontraron en texto completo, diferente idioma, ensayos clínicos aleatorizados, entre otros.

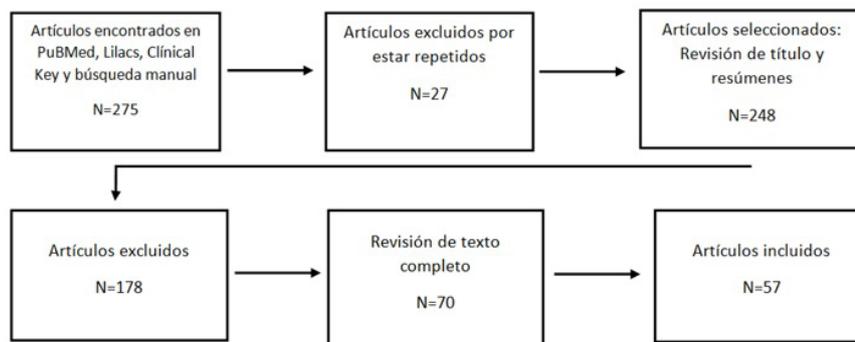


Tabla 1. Flujograma de revisión, selección y escogencia de los artículos incluidos

Desarrollo

En la literatura se evidencian estrategias para el manejo integral de los pacientes con condiciones especiales en odontología, que sugiere mejor capacitación de los estudiantes en las facultades, así como también, se encuentra un común denominador en los países latinoamericanos en lo que se refiere a la falta de instituciones adecuadas para tratarlos y la poca participación del tema del cuidado dental en la legislación.

En Colombia, el 6,3 % de la población posee algún tipo de discapacidad (DANE, 2005) (7) y según datos del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) en 2013 se informa que las personas mayores de 60 años (500,736) son el grupo de edad con mayor discapacidad (8). El sistema integral de información de la protección social (SISPRO) (2013), reporta que los departamentos con el mayor porcentaje de personas discapacitadas son: Nariño (3,47%), Casanare (3,31%) y Boyacá (3,11%) (9).

En el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la discapacidad toma un papel relevante al: "Promover estrategias de información, educación y comunicación en salud, accesibles para las personas con discapacidad, recordando sus necesidades diferenciales" (10); y se enfoca en un modelo de atención integral en salud, con lo que se espera un mejoramiento en la calidad de los servicios que se brinden a este grupo de pacientes.

En otros países latinoamericanos como Venezuela, se reporta un aumento en la prevalencia de autismo en una proporción mayor a otras enfermedades de alto impacto en salud pública, lo que sugiere una mejor preparación del odontólogo en su conocimiento para la atención de este tipo de pacientes, por cuanto cada vez tienen mayor probabilidad de brindarles el servicio (11).

En Chile, en el 2004, el primer estudio de discapacidad estimó que 2 millones de personas vivían con algún grado de discapacidad y solo 6 de cada 100 personas con discapacidad declararon tener acceso a los programas de rehabilitación. La población con discapacidad considera insuficiente el acceso a la salud odontológica. Aunque se cuenta con suficiente número de profesionales por la cantidad de universidades que ofrecen programas de formación, este tema no es el interés principal son escasos los estudios para profundizar en el área y brindar el servicio con calidad (12).

En Argentina el 7,1% de la población presenta discapacidad y frente a esta situación, la Asociación Argentina de Odontología para Personas con Discapacidad (AAODi) desde 1998 realiza un proceso riguroso en torno a la mejor atención de este grupo de pacientes, conformado por profesionales de diversas universidades que trabajan en la formación de pregrado y posgrado del odontólogo dedicado a la atención de las personas con necesidades especiales. El proceso comienza con el odontólogo general que realiza la atención primaria de estos pacientes y de acuerdo con la necesidad se remiten al especialista en discapacidad. Se identifica una mayor conciencia en la atención adecuada de este tipo de pacientes y la implementación de protocolos de atención basados en la evidencia (13).

La OMS define a la discapacidad con un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación denotando aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud y factores personales y ambientales (14,15). El calificador de capacidad describe la actitud de un individuo para realizar una tarea o acción al máximo nivel de funcionamiento que una persona puede alcanzar (16).

Los tipos de discapacidad más frecuentes descritos en la literatura son:

1. Autismo:

Inicia en la infancia y se caracteriza por la presencia de un desarrollo anormal en las interacciones sociales y de la comunicación, con un repertorio marcadamente restrin-

gido de actividades e intereses; la interacción social, el lenguaje, el comportamiento y las funciones cognitivas están severamente afectadas. Las manifestaciones del trastorno varían dependiendo de la edad y el nivel de desarrollo del individuo (17,18).

El manejo odontológico de pacientes con autismo es complejo debido a sus características de comportamiento inherentes y al desconocimiento del mismo por parte del profesional. Estos pacientes presentan problemas en el desarrollo del lenguaje, no manifiestan emociones, sensaciones, dolor, lo que dificulta la comunicación y la colaboración durante el procedimiento clínico (19).

Existen técnicas especiales que facilitan el manejo del comportamiento del paciente con autismo durante la cita odontológica: técnicas básicas y técnicas avanzadas, entre ellas el control de voz y la comunicación no verbal, las distracciones, las recompensas, el apoyo y la presencia de los padres; entre las técnicas avanzadas están el uso del óxido nitroso, la sedación intravenosa, la estabilización protectora y la anestesia general (20).

2. Parálisis cerebral:

Es la causa más frecuente de discapacidad motora (21). Se define como un grupo heterogéneo de enfermedades no progresivas producidas por lesiones cerebrales crónicas que se originan en el período prenatal, perinatal, o en los primeros años de vida. Son cuatro subtipos principales: espástica, atetoide, atáxica y mixta. El trastorno puede variar desde descontrol motor fino o rigidez severa en las extremidades (22,23).

Se requiere mantener al paciente en el centro del sillón con brazos y piernas tan cerca de su cuerpo como sea posible. Se pueden utilizar almohadones, flotadores, almohadillas en tronco y extremidades para controlar movimientos involuntarios y confortar al paciente. El paciente debe estar semi - sentado para disminuir la dificultad en la deglución; si el paciente tiene silla de ruedas y prefiere su atención allí, puede y debe hacerse. Es recomendable asignar las citas en horas de la mañana cuando el paciente no esté fatigado, utilizar abre bocas y cuñas digitales siempre sujetadas con seda dental. Es importante vincular al paciente a programas preventivos y de tratamiento individualizado incluyendo modificaciones en los cepillos, porta-sedas, enjuagues antiplaca y en la dieta en la medida que sea posible (24).

3. Deficiencia auditiva:

La sordera es un término que se utiliza para referirse a la pérdida completa de la capacidad de oír por ambos oídos y pérdida auditiva se refiere a la pérdida parcial en uno o ambos oídos (25,26).

Para la atención de un paciente con sordera el odontólogo debe hablar en un tono normal de voz, un poco más despacio que de costumbre o a ritmo normal, siempre de frente al paciente, con buena iluminación (27), mirándolo aunque haya un intérprete y usar gestos y expresiones faciales. El lenguaje debe ser sencillo y objetivo y permitir que se pregunte siempre que no se comprenda lo que se quiere transmitir (28).

Importante la creatividad para comunicarse. Las expresiones corporales y faciales son más explicativas que cualquier otra forma de comunicación y son formas más naturales y sencillas, desde que se deponga la timidez por parte del profesional. Se debe considerar que los sordos, en general, valoran el interés de las personas por mantener un diálogo y harán lo posible para ayudar, a fin de que se establezca con efectividad.

4. Síndrome de Down:

Trastorno asociado al cromosoma 21 (trisomía), debido a la no disyunción meiótica, mitótica o una translocación desequilibrada de dicho par (29). Las manifestaciones clínicas incluyen hipotonía, baja talla, braquicefalia, fisura palpebral oblicua, epicanto, manchas de Brushfield en el iris, protrusión de la lengua, orejas pequeñas, manos cortas y anchas, clinodactilia del quinto dedo, pliegues de Simio, y discapacidad intelectual de moderada a severa, además de malformaciones cardíacas y gastrointestinales (30).

Los pacientes con Síndrome Down presentan varias características que los distinguen de otras discapacidades:

- a. lengua fisurada, escrotada o lobulada
- b. respiración bucal que provoca sequedad de las mucosas
- c. estomatitis y queilitis angular por emisión constante de saliva y salida por las comisuras
- d. alteración en la erupción dentaria, microdoncia y formación defectuosa del esmalte
- e. alta prevalencia de maloclusiones clase III por insuficiente desarrollo del maxilar superior y protrusión mandibular. Se reporta que el 45% presenta maloclusión clase I (31).

El manejo exitoso requiere algunas consideraciones como el uso eficiente de técnicas psicológicas, restricciones físicas y enfoques farmacoterapéuticos, desde sedación leve hasta anestesia general, para que se puedan ejecutar procedimientos de diagnóstico y tratamientos de rutina.

El odontólogo debe evaluar las implicaciones individuales de los diversos métodos de manejo, como uso de premeditación para evitar movimientos corporales involuntarios y recurrir a la rehabilitación dentaria bajo anestesia general, teniendo en cuenta el costo, el riesgo y el tiempo involucrado. Afortunadamente, con el uso de restricciones físicas específicas, muchos pacientes inmanejables pueden ser estabilizados durante breves períodos de tiempo necesario para los procedimientos más sencillos.

El objetivo de realizar restricción física, es limitar o detener los movimientos de la cabeza, las extremidades o el torso del paciente. Esto puede lograrse muy sencillamente envolviendo al paciente en sábanas y asegurándolas con cinta ancha adhesiva, también se pueden adaptar cinturones a los brazos del sillón para limitar el movimiento del paciente. Sin embargo, tanto paciente como padres deben ser informados adecuadamente para evitar interpretaciones equivocadas como por ejemplo cuando se tiene que hacer uso de fuerza física para su manejo (32).

Enfermedades de origen dentobacteriano

Los pacientes en condición de discapacidad requieren de cuidados especiales para realizar su higiene de acuerdo a su edad, cooperación, nivel de inhabilidad y compromiso sistémico, porque puede desarrollar fácilmente enfermedades debidas al tiempo prolongado de retención de la comida en la boca, lo que ocasiona inflamación gingival, caries y enfermedad periodontal; por tanto dolor, disfunción, incomodidad y necesidad de tratamientos largos, costosos y de dudable pronóstico (33,34). Estos problemas afectan su calidad de vida, teniendo limitaciones en el habla, halitosis, alteraciones en el gusto y molestias al comer (35).

Estudios realizados en personas con discapacidad cognitiva describen cambios y manifestaciones clínicas orales frecuentes como pigmentaciones, gingivitis crónica generalizada, cálculos, enfermedad periodontal severa, pérdida ósea y pérdida prematura

de dientes, aumentando su incidencia y severidad por el difícil acceso a los servicios de salud de este grupo de personas (36,37).

En un estudio realizado en Medellín (Colombia, 2010), en personas con Síndrome Down, entre los 7 a 17 años se observó que los índices de placa dentobacteriana superiores a 2 representan deficiente higiene oral y esta condición se incrementa al aumentar la edad (38). Se ha demostrado que la caries dental es una enfermedad de alta prevalencia en la población discapacitada, sin embargo, si la discapacidad es leve, presenta porcentajes más bajos de caries dental cuando se comparan con los que presentan manifestaciones moderadas y severas (39,40).

Personas con enfermedades que provocan déficit sensorial como trastornos visuales y auditivos, uno de los sentidos está afectado; por ello, el manejo en consulta debe tener en cuenta las posibilidades de comunicación, por lo que el tratamiento se debe apoyar principalmente en ganar su confianza, usando lenguaje apropiado a su condición, así como el tacto y, hasta el gusto y el olfato, para llevarlos al convencimiento de aceptar el tratamiento (41).

Prevención de las enfermedades bucales

Métodos de remoción de placa dento-bacteriana

De acuerdo con la evidencia científica existente, el control de placa bacteriana (mecánico y químico) acompañado de fluoruros tópicos se considera básico para el mantenimiento de una dentición sana en todo tipo de personas, más aún para personas con este tipo de limitaciones (42).

La Federación Dental Internacional (FDI) recomienda el cepillado dental con una pasta dental fluorada dos veces por día como el patrón básico de higiene bucal personal (43), además del uso de seda dental, cepillos interproximales o colutorios (antisépticos o fluorados). Sin embargo, la alta prevalencia de patologías orales en la población, indica que la realización individual del cepillado es inadecuada y más aún en personas discapacitadas que presentan severos problemas de motricidad (44).

En pacientes con necesidades especiales, se evaluó la efectividad de un dispositivo automático de cepillado en personas con discapacidad de brazos y manos, comparado con los hábitos de cepillado rutinario, encontrando que a corto plazo este dispositivo reduce de forma significativa los índices de placa, facilitando la higiene bucal en casa (45).

A los cepillos dentales convencionales se les ha realizado adaptaciones para personas con limitaciones en miembros superiores. En el estudio de Dickinson y Milwoof (1999) (46), se modificó un cepillo dental manual adaptando el mango con una masa de silicona para permitir el acceso a todas las áreas de la boca, método que otorga a los pacientes una buena posibilidad para realizar el cuidado dental adecuado.

Métodos químicos como la clorhexidina son coadyuvantes en el cepillado dental para el control de placa y gingivitis en pacientes con limitaciones físicas, ya que reducen y retardan la colonización bacteriana (47), sin embargo, presenta ciertas desventajas por la aparición de manchas y tinciones oscuras en los dientes, lengua y restauraciones y alterar la percepción del gusto hasta cuatro horas después del enjuague. Otros elementos como los aceites esenciales no han mostrado ninguna evidencia de manchas dentales y ningún cambio en la percepción del sabor, mientras que en la composición de la placa supragingival reduce la flora microbiana total (48).

No solo es importante realizar una estrategia preventiva individualizada controlando y removiendo la placa bacteriana mediante la enseñanza de higiene oral adaptada y el uso de hilo dental en el hogar o centros de educación especial; es de vital importancia reforzar el esmalte dental mediante el uso de flúor, sellantes de fosas y fisuras y disminuir el potencial cariogénico de la dieta mediante asesoramiento dietético a familiares (49).

Educación en salud bucal

La educación para la salud bucal incluye prevenir y mantener la salud, mediante un cambio de estrategias pedagógico-didácticas habituales, así como la implementación de actividades innovadoras adaptadas a los pacientes, los padres, los cuidadores y los maestros.

Quijano y cols (1994), realizaron un estudio en invidentes (ceguera total) y subvidentes (ceguera parcial), elaborando dos cartillas en tinta, con método braille y dibujos en relieve, que comparó el estado de higiene bucal antes y después del uso de dichas ayudas, valorando el índice de placa que se redujo de 1,67 a 1,02, lo que indica mejor remoción de la placa dental (50).

En otro estudio realizado en Bogotá, Colombia (1999) diseñaron un método educativo enfocado a niños invidentes congénitos basados en técnicas táctiles y audio-táctiles en el que participaron 24 niños entre los 7 y 12 años. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los resultados obtenidos con los dos modelos, se visibilizaron cambios de actitud, de conducta y comprensión del sentido que tiene la boca en su cuerpo (51).

La fundación Fundines (Bogotá, 2011) realizó un programa dirigido a mejorar las condiciones de salud bucal de la población en situación de discapacidad a través de la construcción conjunta de estrategias entre los diferentes actores involucrados que asumen el ejercicio de prácticas de salud y calidad de vida, orientándolas al conocimiento del cuerpo, boca, elementos de higiene bucal y enseñanza del cepillado dental por medio de herramientas lúdicas, además del diseño y aplicación de protocolos para la enseñanza de la higiene bucal de la población en situación de discapacidad (cognitiva, motora, autismo y física) (52).

En Perú (2009), se capacitó a los padres de personas con discapacidad mental, comparando la efectividad de dos técnicas: informativa y dirigida. Se realizó índice de higiene oral (IHO) antes de la aplicación del método educativo a dichos progenitores y posteriormente a su hijos discapacitados, encontrando una reducción estadísticamente significativa en el grupo que se aplicó la técnica demostrativa (44). De esta manera, realizando la enseñanza apropiada de la higiene bucal a las personas con discapacidad y sus cuidadores, se logra que se comprenda la importancia de la boca y su cuidado.

Comunicación Alternativa y Aumentativa

El lenguaje oral es una de las formas básicas para la comunicación con el entorno, si una persona no se puede comunicar, no podrá tomar decisiones en su vida, lo que originará dependencia y aislamiento (53). Cuando una persona tiene dificultades a la hora de la comunicación utiliza un sistema alternativo o aumentativo.

Ganz (2014) define a la comunicación alternativa como "instrumentos de intervención destinados a personas con alteraciones de la comunicación y/o lenguaje, cuyo objetivo es la enseñanza mediante procedimientos específicos de instrucción, utilizando un

conjunto estructurado de códigos no vocales o de soporte físico, los cuales, permiten funciones de representación y sirven para llevar a cabo actos de comunicación (funcional, espontánea y generalizable), por sí solos, o en conjunción con códigos vocales, o no vocales" (54).

La comunicación aumentativa, "son todas aquellas opciones, sistemas o estrategias que se pueden utilizar para facilitar la comunicación de toda persona que tiene dificultades graves para la ejecución del habla" (55).

Ambos sistemas, aumentativo y alternativo, permiten que personas con dificultades de comunicación puedan relacionarse e interactuar con los demás, manifestando sus opiniones, sus sentimientos y la toma de decisiones personales para afrontar y controlar su propia vida (53).

Representación del lenguaje aumentativo y alternativo

Símbolos pictográficos para la comunicación (SPC)

Los SPC fueron diseñados por Roxana Mayer Johnson en 1981 (56); estos sistemas consisten en dibujos sencillos y representativos de conceptos u objetos que se utilizan como sistemas alternativos a la comunicación vocal (57). Es la representación del lenguaje mediante objetos reales, fotos, dibujos o pictogramas (53). Cada pictograma se presenta con la palabra correspondiente en la parte superior y en diferentes cartulinas de colores según la categoría gramatical a la que hace referencia (56); es válido especialmente para una población con las siguientes características:

- Personas con limitaciones motoras graves, con déficit visual asociado, por lo que necesitan un mínimo de rasgos para poder reconocer y discriminar los símbolos.
- Personas con limitaciones motoras, sin lenguaje oral, y limitaciones en capacidad mental, que no pueden acceder a un sistema de símbolos más complejo y completo.
- Personas con parálisis cerebral sin posibilidad de habla inteligible, que por su edad de desarrollo cognitivo, y de una manera eventual, utilizan un sistema pictográfico como único medio válido de comunicación y de aprendizaje de las adquisiciones preescolares (57).

Existen otros medios como la escritura que ayuda a la comunicación mediante la utilización del alfabeto, sílabas, palabras e incluso enunciados completos. También se pueden utilizar comunicadores portátiles, estos son dispositivos que mediante síntesis de voz o voz grabada permiten decir en voz alta el mensaje que se quiere transmitir; por tanto es importante mantener actitudes de escucha activa, situarse, en la medida de lo posible, a su misma altura física o en el campo de visión que resulte más adecuado para la persona y realizar preguntas cortas, concretas y ordenadas para facilitar así las respuestas (53).

Conclusiones

Las enfermedades bucales más comunes en pacientes en situación de discapacidad como el autismo, la parálisis cerebral y el síndrome Down son las mismas enfermedades bucales que en la población general, pero con una presentación más severa, por la dificultad para la realización de una higiene bucal estricta y por el deficiente conocimiento en el manejo de técnicas apropiadas para la remoción de placa.

Las personas con deficiencia auditiva se consideran especiales a la hora de su atención y comunicación, sin embargo sus enfermedades bucales no están ligadas a su discapacidad. Se deben generar estrategias de motivación que favorezcan el interés por mejorar el cuidado bucal.

Recomendaciones

El tratamiento odontológico de los pacientes en condición de discapacidad requiere conocimientos adicionales para brindarle una atención integral a esta población que redunde en el mantenimiento de la salud bucal mediante técnicas preventivas comprensibles por los cuidadores y por los mismos pacientes.

Referencias

1. OMS | 10 datos sobre la discapacidad [Internet]. [citado 13 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/disability/es/>
2. Ortiz-Quiroga DM, Ariza Y, Pachajoa H. Evaluación de discapacidad en los defectos congénitos: una mirada desde la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Rev Cienc Salud. 2017;15(1):23-35. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5372>
3. Organización Panamericana de la Salud. La Discapacidad en America Latina [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://publications.paho.org/spanish/PC+616_Disc_America_Latina.pdf
4. Martínez-Menchaca Héctor, Rivera-Silva Gerardo. Salud bucodental en personas con necesidad de cuidados especiales de salud en México. Salud pública Méx. 2011; 53(3):203-204. [Citado 2018 Abr 07]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000300001&lng=es.
5. García-Flores K, Suárez-Zafra D, de-la-Huerta-Flores K. Panorámica de la atención estomatológica a pacientes discapacitados o especiales. Revista de Ciencias Médicas de La Habana; 2013;19(2):91-99
6. Asociación Latinoamericana para pacientes especiales ALOPE Chile. Reseña. Disponible en: <http://www.odontopediatria-v.cl/site/wp-content/uploads/2012/06/Rese%C3%B1a-ALOPE-Chile-actualizada-Enero-2015.pdf>
7. Departamento Nacional de Estadística DANE. Resultados sobre limitaciones permanentes Versión 4.doc - discapacidad.pdf [Internet]. [citado 1 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/censos/boletines/discapacidad.pdf>
8. Ministerio de Salud de Colombia. Cifras Registro de discapacidad (Dic 2013).pdf [Internet]. [citado 13 de mayo de 2015]. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Cifras%20Registro%20de%20discapacidad%20\(Dic%202013\).pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Cifras%20Registro%20de%20discapacidad%20(Dic%202013).pdf)
9. Ministerio de Salud y Protección Social, Publicador: Sistema Integral de Información de la Protección Social –SISPRO [Internet]. [citado 13 de mayo de 2015]. Disponible en: <https://www.google.com.co/search?q=Visor+Geografico+SISPRO&aq=chrome..69i57.1508j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

10. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013. May 28, 2013 p. 142-4.
11. Serrano M, Torrelles A, Simancas YC. Estado de salud bucodental en niños con discapacidad intelectual. Acta Odontológica Venezolana. 2012;50(3). [Consulta el: 07/04/2018] Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/3/art-6/>
12. Oxa ER. Situación odológica de los pacientes con discapacidades en Chile. Dental Tribune Hispanic & Latin America. 5.ª ed. 2013;8-12.
13. Scagnet G. La atención de personas con discapacidad en Argentina. Dental Tribune Hispanic & Latin America. 5.ª ed. 2013;14-6.
14. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021. [Internet]. [Citado 1 de octubre de 2014] Informe mundial sobre la discapacidad [Internet]. [Citado 7 de abril-18]. Disponible en: <http://www.who.int/disabilities/actionplan/es/>
15. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. DisCAPACIDAD. [Citado 7 de abril-18]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx>
16. World Health Organization. International classification of functioning, disability, and health: ICF short version. Geneva: World Health Organization; 2001. 228 p. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42417>
17. BIREME. Descriptores en ciencias de la salud. Trastorno Autístico [Internet]. Biblioteca virtual en salud. [citado 1 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
18. Garrabé de Lara Jean. El autismo: Historia y clasificaciones. Salud Ment [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2018 Abr 06]; 35(3): 257-261. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300010&lng=es..
19. Lai B, Milano M, Roberts MW, Hooper SR. Unmet dental needs and barriers to dental care among children with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord. julio de 2012;42(7):1294-303.
20. Orellana LM, Martínez-Sanchis S, Silvestre FJ. Training Adults and Children with an Autism Spectrum Disorder to be Compliant with a Clinical Dental Assessment Using a TEACCH-Based Approach. Journal of Autism and Developmental Disorders. abril de 2014;44(4):776-85.
21. Oskoui M, Coutinho F, Dykeman J, Jetté N, Pringsheim T. An update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. Dev Med Child Neurol. junio de 2013;55(6):509-19.
22. BIREME. Descriptores en ciencias de la salud. Parálisis Cerebral [Internet]. Biblioteca virtual en salud. [citado 1 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

23. Vázquez C, Vidal C. Parálisis cerebral infantil: definición y clasificación a través de la historia. *Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica*. 2014;16(1):6-10.
24. Guía de Manejo de Parálisis Cerebral.pdf [Internet]. [citado 14 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/Guia%20de%20Manejo%20de%20Paralisis%20Cerebral.pdf
25. Descriptores en ciencias de la salud. Sordera [Internet]. Biblioteca virtual en salud. [citado 1 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
26. Plaza G, Durio E, Herráiz C, Rivera T, García-Berrocal JR. Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera subita. *Acta Otorrinolaringológica Española*. marzo de 2011;62(2):144-57.
27. Aragão J, Magalhães I, Coura A, Silva A, Cruz G, França I. Access and communication of deaf adults: a voice silenced in health services. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 1 de enero de 2014;6(1):1-7.
28. Singh R, Agrawal R, Murawat K. Dental care for the deaf pediatric patient. *Indian Journal of Otology*. 2012;18(4):171.
29. Chávez DAP. Síndrome de Down. *Revista de actualización clínica*. 2014;45:2357-61.
30. BIREME. Descriptores en ciencias de la salud. Síndrome de Down [Internet]. Biblioteca virtual en salud. [citado 1 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
31. Bauer D, Evans CA, BeGole EA, Salzman L. Severity of Occlusal Disharmonies in Down Syndrome. *International Journal of Dentistry*. 2012;2012:1-6.
32. Deps TD, Angelo GL, Martins CC, Paiva SM, Pordeus IA, Borges-Oliveira AC. Association between Dental Caries and Down Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. Wen Z, ed. *PLoS ONE*. 2015;10(6). doi:[10.1371/journal.pone.0127484](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127484).
33. Kumar S, Sharma J, Duraiswamy P, Kulkarni S. Determinants for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. septiembre de 2009;27(3):151-7.
34. The American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on management of dental patients with special health care needs. *Pediatric dentistry*. 2008;30(7):107-11.
35. Buckley S, Sacks B. Oral Health Problems and Quality of Life. *Down Syndrome Research and Practice*. 2007;12:17.
36. Demicheri R, Batlle A. La enfermedad periodontal asociada al paciente con Síndrome de Down. *Odontoestomatología*. 2011;13(18):4-15.
37. Nirmala SVSG, Degala S. Dental Concerns of Children with Down's Syndrome - An Overview. *J Pediatr Neonatal Care* 2017, 6(3): 00248.
38. Milano M. Oral Healthcare for Persons With Intellectual or Developmental Disabilities: Why Is There a Disparity? 2017; 38(11): 5-8.

39. Valdés Reyes JM, Días Molina C, Alfonso de la Luz A, El Ghannam Ruisánchez Y. Caracterización del estado de salud bucal de niños con Parálisis Cerebral. Solidaridad con Panamá. *Revista Dental de Chile* 2014; 105 (1) 21-25.
40. Chandna P, Adlakha K, Joshi J. Oral status of a group of cerebral palsy children. *J Dent Oral Hyg.* 2011;3(2):18-21.
41. Morgan JP, Minihan PM, Stark PC, et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of the American Dental Association (1939).* 2012;143(8):838-846.
42. Waldron C, MacGiolla Phadraig C, Nunn J, Comiskey C, Donnelly-Swift E, Guerin S, Clarke MJ. Oral hygiene programs for people with intellectual disabilities (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4. Art. No.: CD012628. DOI: [10.1002/14651858.CD012628](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012628).
43. World Dental International (FDI). Promoting Dental Health through Fluoride Toothpaste. Adopted by the FDI General Assembly november, 2000 in Paris, France. Revised september, 2008 in Stockholm, Sweden. [Internet] [Citado Abril 7 18] Disponible en: <https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/promoting-dental-health-through-fluoride-toothpaste>
44. Pava-Ripoll NA. Narrativas conversacionales con familias y docentes de niños y niñas con discapacidad: Un aporte metodológico. *Interdisciplinaria*, 2015; 32(2):203-222
45. Voza I, Cavallè E, Corridore D, et al. Preventive strategies in oral health for special needs patients. *Annali di Stomatologia.* 2015;6(3-4):96-99. doi:[10.11138/ads/2015.6.3.096](https://doi.org/10.11138/ads/2015.6.3.096).
46. Nápoles-González IJ, Fernández-Collazo ME, Jiménez-Beato P. Historical evolution of the toothbrush. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2015 June [cited 2018 Apr 06]; 52(2): 208-216. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000200010&lng=en 47.
47. Lindhe J, Karring T, Lang NP. *Periodontología clínica e implantología odontológica.* Ed. Médica Panamericana. 5ª. ed. Buenos Aires. 2009. pp 816
48. Rubido S, Fernández-Feijoo J, Limeres J, García-Caballero L, Abeleira MT, Diz P. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal.* 2014; 19(3):170-174.
49. González Sofía, Tello Javiera, Silva Paula, Lüders Claudia, Butelmann Sandy, Fristch Rosemarie et al. Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2012;50(1):23-34. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272012000100003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-9227201200010000350>.
50. Trentin MS, Costa AAI, Barancelli M, Videira MF, Alves M, Miyagaki DC, De Carli JP. Prevalence of dental caries in patients with intellectual disabilities from the Association of Exceptional Children's Parents and Friends of Southern Brazil. *RGO, Rev Gaúch Odontol;* 2017;65(4):352-358.

51. Correa MP. Dis-capacidad, diseño-capacidad. Una reflexión sobre su facultad de mediación. *Iconofacto*. 2015;11(16):87-95.
52. Huertas L, Padilla A, Arcos F. Academia, comunidad y empresa [privada.ACFO](#) 50 años. Bogotá; 2011. 113 p.
53. Comunicación aumentativa y alternativa [Internet]. [citado 24 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.ceapat.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/comunicacionaumentativayalternativa.pdf>
54. Ganz JB, Mason RA, Goodwyn FD, Boles MB, Heath AK, Davis JL. Interaction of participant characteristics and type of AAC with individuals with ASD: a meta-analysis. *Am J Intellect Dev Disabil*. noviembre de 2014;119(6):516-35.
55. Light J, McNaughton D. Communicative Competence for Individuals who require Augmentative and Alternative Communication: A New Definition for a New Era of Communication? *Augmentative and Alternative Communication*. 2014;30(1):1-18.
56. Nakamura C, Zeng-Treitler Q. A Taxonomy of Representation Strategies in Iconic Communication. *International journal of human-computer studies*. 2012;70(8):535-551. doi:[10.1016/j.ijhcs.2012.02.009](https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2012.02.009).
57. Barranquero A, Sáez Baeza Ch. Teoría crítica de la comunicación alternativa para el cambio social. El legado de Paulo Freire y Antonio Gramsci en el diálogo norte-sur. *Razón y Palabra*. 2012;17(80). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199524426004>